

du bassin est descendue pour occuper une région plus petite. En arrière, le rectum offre une certaine rectitude dans sa partie inférieure, disposition due à la tension de la tunique péritonéale. Sur les côtés du corps de l'utérus, les ovaires et les trompes souvent atteints d'altérations pathologiques de chaque côté, les replis péritonéaux, des ligaments larges se portant obliquement en arrière et en dehors, et ayant une direction rectiligne, disposition qui indique leur déplacement et un certain degré de tension. En avant, les ligaments ronds dont le trajet est aussi direct au lieu d'être flexueux. Enfin, en arrière, deux cordons réguliers faisant saillie sur les côtés du rectum et descendant en arrière des ovaires, représentent les ligaments utéro-sacrés (plis de Douglas); on peut les suivre jusqu'à la partie supérieure du bassin, dans les régions sacrées et lombaire, où ils s'étendent en éventail (fig. 161).

Du côté de la vulve, nous trouvons une tumeur d'un certain volume qui écarte les grandes lèvres. Nous pouvons constater qu'elle est plus ou moins réductible, et dans ce cas; l'abdomen étant ouvert, on suit mieux la continuité des organes internes qui sont sortis en partie à l'extérieur. Quant à sa forme, à sa coloration, à sa consistance, ces signes physiques sont plus nettement caractérisés chez le vivant; nous les indiquerons dans la symptomatologie.

Cette disposition générale des organes est surtout bien évidente, lorsqu'on a pratiqué une coupe longitudinale antéro-postérieure de la région du périnée: on saisit alors dans leur ensemble les rapports de l'utérus, sa direction, son allongement, les *diverticulum* que la vessie et le rectum envoient dans la tumeur, les prolongements du péritoire entre tous ces organes, la direction du canal de l'urètre, le renversement du vagin, la nouvelle configuration du périnée.

§ VI. — Diagnostic.

Outre les autres symptômes du prolapsus, il en est un qui est décisif et que l'on retrouve à tous les degrés: c'est l'existence de l'orifice utérin à la partie inférieure de la tumeur. On devra donc s'assurer que c'est cet orifice et non pas une simple fistule. Un autre signe important, c'est la forme de la tumeur: un cône à sommet inférieur.

Le prolapsus peut être distingué:

I. *Avec les polypes de l'utérus.* — Par la présence de l'orifice utérin à la partie inférieure de la tumeur et par la sensibilité de cette tumeur; par le renversement concomitant du vagin et par la présence de la vessie à la partie antérieure de la tumeur.

II. *Avec l'inversion partielle de l'utérus.* — Par la présence de l'orifice à la partie inférieure de la tumeur; par la surface lisse et par l'absence de tout écoulement. Il diffère de l'inversion complète par les mêmes signes que nous venons d'énumérer et, de plus, par la présence de la vessie à la

partie antérieure, et par l'absence des symptômes constitutionnels graves.

III. *Avec le prolapsus vaginal.* — Par la plus grande résistance de la tumeur, et encore par la présence de l'orifice à la partie inférieure.

IV. *Avec les tumeurs du bassin.* — Par la situation de l'orifice, par les déplacements considérables qu'il produit dans le bassin, déplacements qui sont généralement nuls ou peu marqués dans les tumeurs pelviennes.

V. *Avec l'allongement hypertrophique du col.* — Dans ce dernier cas, on constatera par le toucher vaginal et rectal la présence du corps de l'utérus dans la cavité du bassin, et le cathétérisme utérin, pratiqué avec soin, montrera que, dans le prolapsus simple, la cavité utérine a conservé ses dimensions normales. Si quelquefois la mensuration faite pendant que l'utérus est au dehors indique un allongement marqué, il faudra, suivant le conseil d'Aran, recommencer l'observation après avoir réduit l'utérus. Plusieurs fois, dans ce cas, il a trouvé que l'allongement était plus apparent que réel, et que l'utérus mesurait après la réduction ses dimensions normales. [[Il est inutile d'insister plus longtemps ici sur ce diagnostic qui a été fait avec tous les détails qu'il comporte, dans le chapitre consacré à l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col. (Voy. page 384.)]]

§ VII. — Traitement.

Si la maladie que nous venons de décrire est abandonnée à elle-même, les symptômes iront toujours en s'accroissant, et la malade mourra épuisée par les pertes abondantes et les désordres consécutifs de l'estomac. Ou bien les parties contenues dans le vagin en inversion se trouvant plus exposées aux influences extérieures s'enflammeront, et la malade mourra encore d'accidents aigus. De semblables terminaisons sont rares, et il est beaucoup plus ordinaire de voir les malades traîner une existence misérable pendant de longues années, jusqu'au jour où elles succombent à une affection intercurrente (1).

C'est dans le traitement de ce déplacement que l'on reconnaît l'importance d'une exacte appréciation des causes et du degré de la maladie. Dans les cas peu graves, on obtient souvent un succès complet en faisant disparaître les tendances à la congestion ou l'hypertrophie utérine, ou bien en agissant directement sur la membrane muqueuse. Dans les cas plus graves, il faut, de toute nécessité, avoir recours au traitement mécanique.

I. *Descente de matrice.* — Nous examinerons d'abord le traitement de la descente de matrice.

Si une malade qui a souffert antérieurement d'une descente de matrice devient enceinte, on devra lui interdire de quitter son lit ou même de s'as-

(1) Clarke, *On diseases of females*, vol. I, p. 86.

soir avant que les parties soient revenues à leur position naturelle. Avec des soins et un séjour au lit plus prolongé que de coutume, je suis arrivé à guérir un grand nombre de malades qui, avant leur grossesse, avaient été atteints de prolapsus. Ce traitement préventif est en général suivi de succès; mais on n'a pas souvent à l'appliquer, la plupart des cas de prolapsus survenant à un âge où les femmes ne peuvent avoir d'enfants.

« Les déviations de l'utérus, dit avec raison Lisfranc (1), se rattachent aux engorgements de cet organe et en dépendent généralement. On a considéré ces déplacements comme une maladie essentielle, et, en les attaquant sans avoir égard à l'engorgement utérin, on n'a fait que traiter le symptôme, aussi a-t-on bien rarement obtenu la guérison. Nous avons touché des milliers de femmes, et jamais, jusqu'à ce jour, nous n'avons trouvé de déviation sans engorgement. C'est donc cette affection dernière qu'il faut combattre par les moyens indiqués, et, l'engorgement dissipé, l'utérus revient à sa position normale, ou à peu près, à moins qu'il n'existe un déplacement très-considérable. »

Dans les cas ordinaires, le premier remède à employer, c'est le repos dans la position horizontale et prolongée aussi longtemps que possible. Si, par ce moyen, on n'arrive pas à guérir le relâchement du vagin et des ligaments, on l'empêche du moins de s'accroître. Quand il y a quelque peu d'hypertrophie, je me suis très-bien trouvé de toucher deux fois par semaine le col utérin avec une teinture concentrée d'iode; je prescrivais en même temps les injections foïdes ou astringentes une ou deux fois par jour pendant plusieurs mois. Deux ou trois fois par jour encore on lavera les organes génitaux et l'anus avec de l'eau très-froide, et l'on ferait matin et soir, dans le vagin, une injection avec la valeur d'un demi-litre d'eau froide. Pendant l'injection, qui sera faite lentement et doucement, la malade restera couchée dans son lit.

Les médicaments astringents doivent être essayés; dans beaucoup de cas ils ont rendu de grands services. On en a recommandé plusieurs espèces. Plusieurs auteurs ont repoussé les astringents métalliques comme pouvant produire une irritation sur la muqueuse, et ils recommandent surtout les astringents végétaux. Cet accident est cependant assez rare. Les médicaments les plus utiles sont le sulfate de zinc ou de cuivre (2 grammes pour 60 grammes d'eau), le nitrate d'argent (1 ou 2 grammes pour 80 grammes d'eau), l'alun (8 grammes pour 120 grammes d'eau), la décoction de thé vert, d'écorce de chêne, de noix de galle, de matico, l'infusion de roses; on pourrait aussi combiner les astringents minéraux et végétaux. Une demi-pinte ou une pinte entière de liquide astringent serait injectée à froid deux ou trois fois par jour, la malade étant couchée. Blundell (2) conseille de faire usage de poudres astringentes, de noix de

(1) Lisfranc, *Maladies de l'utérus*. Paris, 1836, p. 526.

(2) Blundell, *On diseases of women*.

galle, par exemple. La malade pourrait plus facilement se traiter elle-même, et, de plus, la poudre resterait plus longtemps en contact avec les parties malades qu'une injection ne peut le faire.

On arrivera au même résultat et d'une manière plus avantageuse en mettant la poudre dans un petit sac de mousseline, qui sera moins irritant et qu'on pourra enlever de temps en temps. Je me suis très-bien trouvé de ce procédé. Burns (1) s'en tient aux injections astringentes, que l'on fasse ou non usage de pessaires. Boivin et Dugès (2) sont du même avis.

Hamilton (3) a fait aux injections plusieurs objections :

1° En admettant que les injections astringentes soient tout à fait inoffensives, l'auteur ne peut admettre qu'elles aient jamais donné la moindre tonicité au tissu vaginal;

2° L'irritabilité de la muqueuse vaginale est essentiellement différente chez une femme donnée, très-différente même suivant les époques. Donc il peut se faire qu'une injection astringente, utile un jour, devienne nuisible le lendemain;

3° L'auteur est convaincu, d'après les faits qu'il a vus, que les injections astringentes sont encore plus nuisibles pour l'utérus que pour le vagin; il est convaincu que, dans le plus grand nombre de cas d'hypertrophie chronique de l'utérus qu'il a eu à observer, sans aucun doute les injections vaginales styptiques avaient été le plus souvent la cause des accidents.

Il est facile de répondre à ces objections par la simple énumération des cas dans lesquels ces injections sont prescrites :

1° Sans aucun doute, toute inflammation aiguë du vagin sera notablement aggravée par l'emploi des astringents;

2° La congestion ou l'inflammation chronique de la matrice est un obstacle à l'emploi des injections; mais, en pareil cas, la disparition de la maladie amène du même coup la guérison du prolapsus;

3° Le degré de concentration de l'injection astringente sera variable suivant le degré d'irritabilité du vagin; si l'on voit survenir la moindre douleur, les injections devront être abandonnées immédiatement.

Les injections peuvent cependant ne pas suffire pour guérir la maladie, auquel cas nous devons avoir recours aux supports mécaniques; mais jamais on ne devra s'y décider chez les jeunes femmes avant d'avoir tenté de guérir la cause même du déplacement. Dans quelques cas où l'axe de l'utérus était complètement dévié, j'ai obtenu un soulagement immédiat et permanent à l'aide du pessaire de Hodge. Il agit sans doute en ramenant l'utérus à une position normale.

L'amélioration de la santé aura souvent une influence très-grande sur les

(1) Burns, *Principles of midwifery*, 10^e édition. London, 1843, p. 144.

(2) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. I, p. 99.

(3) Hamilton, *Practical observations*, p. 17.

prolapsus, en sorte qu'il faut toujours tenir grand compte de l'état général. Les pilules bleues, quelques purgatifs aromatiques, des toniques, une bonne nourriture, et pour les femmes des villes un séjour à la campagne, seront les moyens de traitement les plus utiles.

II. *Prolapsus confirmé.* — Quand le médecin est appelé pour un cas de prolapsus complet, que l'utérus est pendant entre les cuisses, son premier devoir est de tenter la réduction. En général, la chose est facile : l'utérus est peu à peu pressé et refoulé avec douceur et forcé tout à la fois, par la main antérieurement enduite d'huile. Une fois l'organe rentré dans le vagin, avec un ou deux doigts on le replace autant que possible dans la position normale. Il faudrait seulement s'assurer avec un soin tout spécial si jamais les parties internes de la tumeur ont été enflammées. En pareil cas, il devrait y avoir intérieurement des adhérences par de la lymphe plastique, et rompre brusquement ces adhérences, ce serait faire courir à la malade les plus grands dangers. Si donc il y a eu quelques douleurs persistantes dans la tumeur ; si, surtout, avec les douleurs, il y a eu les symptômes généraux ordinaires d'une inflammation péritonéale, tels que soif, langue chargée, pouls petit et rapide, tension et sensibilité de l'abdomen, vomissements ; en pareil cas, dis-je, aucune tentative de réduction ne devrait être faite (1).

Pour opérer la réduction, il faut placer la malade de manière à ce que le siège soit plus haut que la tête ; de cette manière, on supprime l'effet de la pesanteur des intestins. La malade couchée droite, de manière à ne pouvoir se roidir ni contracter ses muscles abdominaux : le médecin applique alors l'index et le pouce sur la partie inférieure de la tumeur, là où se trouve l'orifice, et, par une pression douce et continue, il tend à repousser cet orifice dans le centre de la matrice. Ce premier point obtenu, la pression est continuée sur toutes les autres parties de l'organe, jusqu'à ce qu'elles soient toutes ramenées à leur position naturelle dans le bassin. On introduit alors un pessaire dans le vagin, et la malade doit rester couchée avec le siège élevé pendant plusieurs heures. Si l'utérus était considérablement tuméfié, la réduction immédiate peut être très-difficile et même impossible, et il peut se faire qu'en pareil cas on soit obligé de tirer du sang, de donner quelques purgatifs, de placer la malade dans un bain chaud, et de faire sur l'organe déplacé des fomentations chaudes. Si ces divers moyens, combinés avec le repos absolu dans la position horizontale, viennent à échouer, on pourrait appliquer sur la tumeur quelques sangsues ou pratiquer une ou plusieurs incisions dans la substance même de l'utérus. Jalouset (2), Berchelman (3) et Labatt (4) ont usé de ce pro-

(1) Clarke, *On diseases of females*, vol. I, p. 124.

(2) Jalouset, *Mémoire sur une opération faite à l'orifice et au col de la matrice* (*Journal de médecine*, Paris, 1775, t. XLIII, p. 366).

(3) Berchelman, *Med. Comment.*, vol. II, p. 43.

(4) Labatt, *Dublin, med. and phys. essays*, Vol. I, p. 245.

cédé avec succès. Il est bien entendu qu'il faut éviter avec grand soin de blesser le péritoine.

Si le prolapsus est ancien et que l'utérus soit très-volumineux, il arrive quelquefois que la réduction entraîne plus de troubles que le prolapsus même. Richter (1) a rapporté un fait à l'appui de cette proposition. La malade, une fois l'utérus réduit, ressentit un malaise considérable, des douleurs aiguës dans les intestins et fut obstinément constipée. Il fut nécessaire de laisser retomber l'utérus en prolapsus pour la soulager de ses tortures. [[Les douleurs qui surviennent alors indiquent que l'on n'a pas affaire à un prolapsus véritable, mais bien plutôt à un allongement hypertrophique. M. Huguier a en effet démontré que dans le prolapsus véritable, la malade, loin d'éprouver de la douleur, ressent au contraire du soulagement quand la réduction est faite ; tandis qu'il survient des douleurs et de la gêne après cette même réduction dans le cas d'allongement hypertrophique, par suite de la compression des organes par le col devenu volumineux.]]

Bobé Moreau pense que la pression exercée par un bandage est le seul moyen de guérir un cas de prolapsus ancien, et ce moyen, déjà proposé par Lèveillé (2), a été suivi de succès. L'ergot de seigle a aussi réussi pour diminuer le volume de l'utérus.

M. Kerr (3), de Manchester, rapporte l'histoire suivante :

OBSERVATION V. — Une dame prit 5 grammes d'ergot de seigle à une heure d'intervalle, dans le but de provoquer des contractions utérines et de diminuer ainsi le volume de l'organe, jusque-là irréductible. La malade se plaignait de douleurs et de pincements dans l'utérus, et à l'examen on découvrit que la tumeur avait considérablement diminué de volume, si bien que, sans grand effort, on fit la réduction.

Il y a très-peu de cas qui soient entièrement irréductibles. Du reste, en cas d'irréductibilité absolue, la gangrène doit arriver, et il reste à se décider sur l'opportunité d'enlever tout organe.

Les ulcérations circonscrites que j'ai mentionnées comme se développant souvent sur l'utérus exposé à l'air sont guéries par des applications émollientes et légèrement stimulantes. Clarke recommande l'onguent suivant :

℞ Baume du Pérou.....	8 grammes
Blanc de baleine.....	30 —

Une fois la réduction opérée, les ulcérations disparaissent spontanément. Les divers onguents, stimulants ou astringents, employés dans les maladies de peau réussissent encore très-bien.

(1) Richter, *Chir. Bibliothek*, t. III, p. 141.

(2) Lèveillé, *Bull. de la Fac. de méd.*, 1815, n° 4.

(3) Kerr, *Med. Gazette*, 26 juillet 1834.

Une fois l'utérus réduit, il reste encore à se décider sur le meilleur moyen de le maintenir en place et de prévenir une rechute. Le procédé ordinaire est l'introduction d'un pessaire. [[Mais avant d'employer ce moyen de contention, il faut être bien sûr que l'on a affaire à un prolapsus véritable et non pas à un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col de l'utérus; car le pessaire qui peut être utile dans le premier cas, sera nuisible dans le second, par suite de l'augmentation de volume de l'organe qui déterminera une compression des organes pelviens et des douleurs qui forcent bien vite la malade à abandonner ce moyen de soutien de l'organe]].

Les pessaires que l'on a employés sont nombreux, et formés de substances variées : les uns sont faits d'éponge, de verre, de liège, de bois; d'autres sont d'ivoire, d'argent, de gomme élastique, de caoutchouc vulcanisé et de gutta-percha. Ceux dont on se sert ordinairement sont plats arrondis ou ovales, avec des bords plus épais que le centre, et très-lisses au toucher. Au centre, il y a un trou pour faire place à toute espèce d'écoulement; dans le même but on a fait de petits trous sur la circonférence. Le liège, qui, par sa légèreté, semble être propre à la fabrication des pessaires, doit cependant être rejeté, parce que, étant poreux, il s'imbibé facilement, et devient ensuite une cause permanente d'irritation dans le vagin. Pour la même raison, l'éponge est le plus mauvais des tissus.

Les formes les plus usitées sont : la forme circulaire et la forme ovale. Le pessaire circulaire ne peut être appliqué que dans les cas où la maladie est peu avancée et que le tissu du vagin offre encore de la résistance. Il ne serait pas prudent d'introduire un pessaire circulaire dont le diamètre excéderait 2 pouces $\frac{1}{2}$. Les bords doivent avoir une épaisseur d'au moins un tiers de pouce. Ils deviendront de plus en plus minces vers le centre, où il y a une ouverture dans laquelle le chirurgien peut introduire son doigt, afin de placer lui-même l'instrument. Pour rendre le pessaire plus léger et faciliter l'écoulement des règles et des sécrétions vaginales, on peut encore percer des trous sur différents points de la circonférence.

Le pessaire de forme ovale est celui qui convient le mieux, dans les cas où le vagin est immédiatement relâché. Il appuie par ses deux extrémités sur les parois latérales du vagin, et cependant ne gêne ni les fonctions du rectum ni celles de la vessie. Quand le cas l'exige, on peut sans aucun danger faire usage d'un pessaire d'un diamètre ovalaire de 12 centimètres (1).

Blundell préfère les pessaires globulaires ou ovoïdes, sous prétexte qu'ils fournissent aux organes un support plus considérable.

Davis dit que le pessaire le plus facile à supporter, et celui qui répond le mieux à toutes les indications, est un morceau d'éponge fine placé au

(1) C. Clarke, *On diseases of females*, t. I, p. 112

fond du vagin. La principale objection qu'on puisse faire à ce pessaire, c'est qu'il faudrait le retirer et le changer au moins une fois par jour. D'autre part, le pessaire d'éponge a un grand avantage, c'est de maintenir continuellement les parois vaginales plus ou moins en rapport constant avec les médicaments qu'on peut avoir à appliquer. L'auteur charge ordinairement la malade d'introduire elle-même cette éponge, lui recommandant seulement de se placer dans une position horizontale, les genoux pliés, et de pousser l'éponge profondément (1).

Waller (2) a décrit un instrument dont il s'est bien trouvé dans les cas de lacération du périnée. Il consiste en une ceinture élastique en acier qui fait le tour du corps, et prend son point d'appui juste au-dessous des hanches; elle est attachée en arrière au moyen d'une boucle et d'une courroie. Deux petits clous à tête sont fixés au centre de cette ceinture, à la partie antérieure, et sur ces clous est attachée une tige courbe en acier. Cette tige, de longueur proportionnée, se termine par un crochet et pénètre dans le vagin jusqu'à la hauteur normale, où doit se trouver l'utérus. Ce crochet est garni d'un pessaire formé d'abord par du

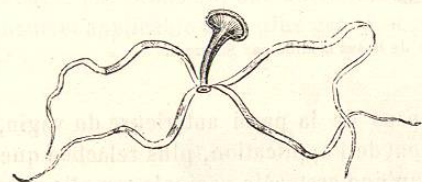


Fig. 162. — Pessaire COXETER.

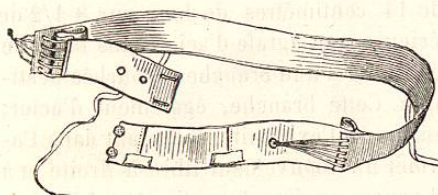


Fig. 163. — Ceinture à pessaire.

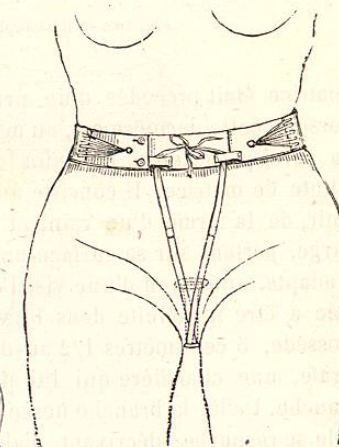


Fig. 164. — Pessaire COXETER de gutta-percha en place.

liège, et recouvert ensuite de caoutchouc. Les courroies agissent comme des ressorts et permettent au corps de se mouvoir librement. Elles peuvent être facilement détachées de dessus les clous, et de la sorte on enlève le pessaire sans déboucler la ceinture circulaire. Sur la partie antérieure, de la ceinture, il y a une pièce élastique avec rainure correspondant

(1) Davis, *Obstetric medicine*, vol. I, p. 550.

(2) Waller, in Denman, *Midwifery*, p. 68, note.

à la tige d'acier, et qui a pour but d'empêcher le pessaire d'être déplacé.

[Le pessaire de Coxeter (fig 162), recommandé par Tilt (1), se rapproche assez de celui de Waller. Le pessaire est de gutta-percha, perforé à sa partie supérieure de trous correspondant à la tige creuse qui le supporte. Il est supporté par une ceinture (fig. 163). La figure 164 montre le pessaire en place.

L'appareil de Roser, avec la modification que nous y avons apportée (fig. 165), dit Scanzoni (2), convient parfaitement lorsque la chute de la

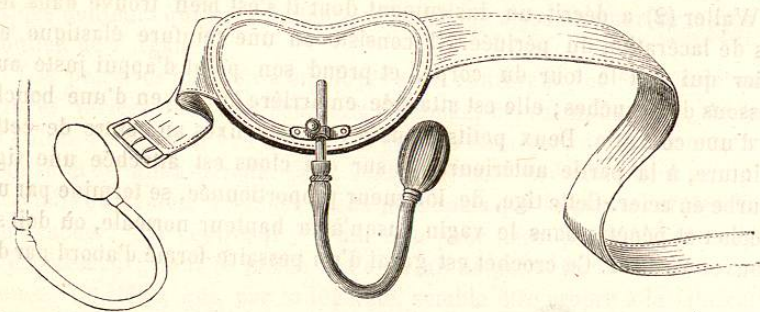


Fig. 165. — Hystérophore de ROSER modifié par SCANZONI.

matrice était précédée d'un prolapsus de la paroi antérieure du vagin, lorsque cette dernière est, au moment de l'application, plus relâchée que la paroi postérieure, ou enfin lorsqu'une cystocèle vaginale complique la chute de matrice. Il consiste en une plaque de fer-blanc recouverte de cuir, de la forme d'un rein, et de 14 centimètres de long sur 8 1/2 de large, portant sur sa surface antérieure une agrafe d'acier dans laquelle s'adapte, au moyen d'une vis, l'extrémité d'une branche recourbée destinée à être introduite dans le vagin. Cette branche, également d'acier, possède, 5 centimètres 1/2 au-dessous de l'extrémité s'adaptant dans l'agrafe, une charnière qui lui permet un mouvement libre à droite et à gauche. De là, la branche descend encore environ 5 centimètres 1/2, puis elle se recourbe, décrivant, d'abord en arrière, puis de nouveau en haut et en avant, un segment de cercle tel, que la partie remontante, également longue de 5 centimètres 1/2, se trouve à 5 centimètres 1/2 de la branche descendante, à l'endroit où les deux parties sont le plus éloignées l'une de l'autre. Toute la branche elle-même consiste en un ressort d'acier large de 5 millimètres et passablement fort, renfermé dans toute sa longueur dans un tube de caoutchouc vulcanisé et terminé par un bouton d'ébène, de 4 centimètres de long sur 3 de large et 1 1/2 d'épaisseur, as-

(1) Tilt, *Handbook of uterine therapeutics*, p. 210.

(2) Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels*, trad. de l'allemand, Paris, 1858, p. 115.

sujetti au moyen d'une vis pour pouvoir être monté ou baissé à volonté. A droite et à gauche de la plaque destinée à reposer sur le pénis se trouve un large ruban de fil que l'on applique autour des hanches et que l'on serre au moyen d'une boucle. Pour empêcher cette plaque de remonter vers l'abdomen, on peut ajouter deux rubans étroits passant entre les jambes des deux côtés de la vulve et que l'on attache en arrière de la ceinture entourant les hanches. Chez quelques malades où ces rubans étaient incommodes, Scanzoni les a remplacés par une large bande partant de la plaque, recouvrant la branche descendante et attachée à la même place que les rubans.

Le but de cet appareil est de presser la paroi antérieure du vagin relâchée et distendue et de la retenir contre la symphyse par l'élasticité de la branche d'acier, elle et l'utérus également déplacé, dans une position aussi normale que possible. Cet appareil remplit ordinairement parfaitement son but lorsque son application n'est pas empêchée par une sensibilité excessive des organes génitaux.

M. Charrière, dit A. Becquerel (1), a fait à l'hystérophore de Roser, modifié par Scanzoni, une amélioration qui le rend beaucoup plus commode et applicable à un plus grand nombre de cas (fig. 166). La ceinture

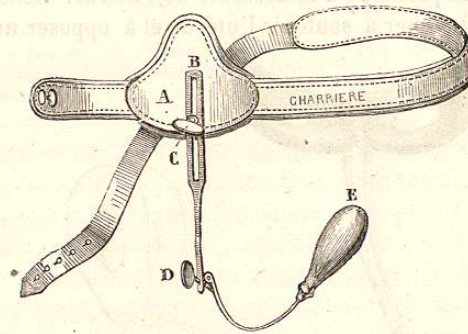


Fig. 166. — Ceinture de BECQUEREL pour les chutes de l'utérus (*).

a été remplacée par un ressort d'acier; la tige B, servant à la compression D, a été brisée à sa partie inférieure au moyen d'une charnière munie d'une vis de pression qui donne à cette tige une inclinaison qu'on peut varier suivant les cas, et la nécessité d'une compression plus ou moins grande. La pelote E destinée à être placée dans le vagin, et à comprimer sa paroi antérieure contre le pubis, est de gutta-percha, ou, si

(1) Becquerel, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1859, t. II, p. 301.

(*) A, plaque dorsale munie d'une ceinture à ressort de bandages s'attachant en avant; B, tige d'acier trempé en ressort, fendue au milieu, glissant de haut en bas, et de bas en haut, et fixée par la vis de pression; C, D, articulation dite à marteau, servant à incliner plus ou moins la tige partant de la pelote E.

cette substance ne présente pas assez de résistance, de métal couvert de caoutchouc vulcanisé, ou bien encore d'ivoire poli.

L'hystérophore de Roser est parfaitement inutile lorsque le relâchement du vagin est général, ou lorsque c'est surtout la paroi postérieure

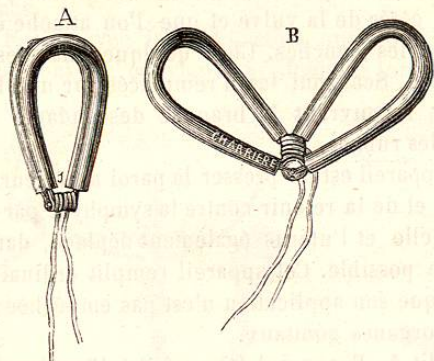


Fig. 167. — Pessaire à dilatation continue de M. PERTUSIO (de Turin) (*).

de cet organe qui participe à la descente de l'utérus. Dans un pareil cas il vaut mieux chercher à soutenir l'utérus et à opposer un obstacle à sa

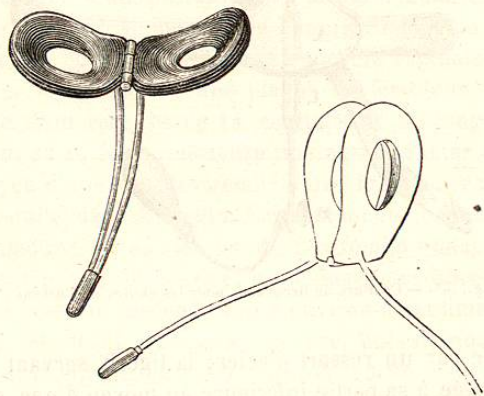


Fig. 168. — Hystérophore de ZWANCK (1).

descente en éloignant l'une de l'autre les parois latérales du vagin et en étendant ainsi de droite à gauche le fond de cette cavité. Les pessaires ordinaires ronds ou ovales qui remplissent en partie ce but ont l'incon-

(1) Zwanck, *Hysterophor* (*Monatschr. für Gebtsk.*, mars 1853).

(*) A, l'instrument fermé, prêt à être introduit; B, l'instrument ouvert.

venient de dilater en même temps les parois postérieure et antérieure du vagin, d'être difficiles à enlever et d'exercer souvent une compression désagréable sur la vessie et le rectum.

Il faudra en conséquence dans de pareilles circonstances préférer les pessaires qui exercent principalement une pression sur les côtés du vagin, comme, par exemple, celui de Pertusio (fig. 167), celui de Zwanck (fig. 168), celui de Zwanck, modifié par Coxeter (fig. 169), celui de Schilling (fig. 170), celui de Breslau, etc.

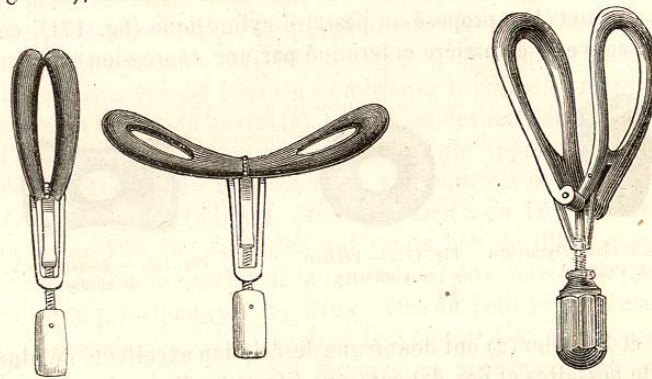


Fig. 169. — Pessaire de ZWANCK, modifié par COXETER par l'addition d'un écrou pour l'ouvrir et le fermer.

Fig. 170. — Hystérophore de SCHILLING (1).

[M. Noël Guéneau de Mussy emploie depuis longtemps un pessaire analogue à celui de Zwanck. L'hystérophore de Zwanck, dont Scanzoni a plusieurs fois eu l'occasion de faire usage, consiste en deux plaques de fer-blanc, ovales, percées dans le milieu, réunies à une extrémité par une charnière, et recouvertes d'une couche épaisse de laque. Sur la surface extérieure des plaques, de chaque côté de la charnière, se trouve une tige métallique d'environ 5 centimètres 1/2 de longueur, adaptée de manière que, lorsque l'on rapproche l'une de l'autre les extrémités de ces deux tiges, les extrémités libres des deux plaques s'éloignent l'une de l'autre. On les maintient dans cette position au moyen d'une gaine assujettie par un pas de vis au bout d'une des tiges, de manière à pouvoir se rapprocher de la plaque, saisir l'extrémité de l'autre tige et la retenir immobile. Cet appareil, que les malades supportent ordinairement facilement, a aussi l'avantage de pouvoir sans difficulté être éloigné et remplacé par les malades elles-mêmes; et, d'après les expériences de Scanzoni, il ne refusera ses services que lorsque, à cause d'une profonde rupture du périnée, il n'a pas de point d'appui suffisant, ou lorsque, l'utérus a atteint un volume et un poids trop considérables et qu'ainsi il exerce de

(1) Schilling, *Neues Verfahren zur Heilung des Gebärmutter Vorfalls*. München, 1855.

haut en bas une pression par trop forte, car dans ce cas les parois du vagin sont violemment attirées de dehors en dedans, et courbent petit à petit dans la même direction les plaques de l'appareil dont elles facilitent ainsi la chute. Enfin, il ne convient pas pour les malades chez lesquelles la dilatation et le relâchement des parois du vagin ont atteint un trop haut degré; car dans un pareil cas, même les plus volumineux de ces instruments n'amèneraient pas la tension transversale du vagin nécessaire pour fixer l'utérus.]

M. J. Cloquet (1) a proposé un pessaire cylindrique (fig. 171), concave en avant, convexe en arrière et terminé par une dépression ovale.



Fig. 171. — Pessaire élythroïde de J. Cloquet.



Fig. 172. — Pessaire en gimblette.

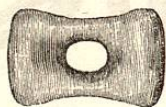


Fig. 173. — Pessaire en huit de chiffre.

Murat et Patissier (2) ont donné une description excellente de plusieurs espèces de pessaires et des dangers que l'on causait en s'en servant mal à propos. Après avoir énuméré les différentes matières dont on peut faire les pessaires, ils recommandent pour certains cas spéciaux l'emploi d'un morceau d'éponge, et après Oslander (3), ils conseillent un sac rempli d'écorce de chêne; ils disent qu'on s'est aussi servi d'ivoire, mais que cette substance se ramollit et se déforme.

« Les pessaires sont ronds, ovales, en gimblette (fig. 172) ou en *cuvette*, en *huit de chiffre* (fig. 173), en *bondon*, en *bilboquet*. On distingue aussi ceux de Bauhin et de Saviard.

« Celui de Bauhin (4) était un cercle d'argent supporté sur une tige à trois branches; il introduisait cet anneau dans la partie supérieure du vagin, de manière que le col de la matrice y fût engagé, et il le maintenait avec un ruban qui tenait à la tige de l'instrument, et dont les extrémités étaient attachées à une ceinture.

« Le pessaire Saviard consistait en un ressort d'acier, dont une des extrémités était fixée à une ceinture, pendant que l'autre, garnie d'un petit écusson, se recourbait jusqu'au dedans du vagin, et retenait la matrice dans sa situation naturelle; l'emploi de ces deux instruments est aban-

(1) J. Cloquet, *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., t. XXIV. Paris, 1841, p. 38, art. PESSAIRE.

(2) Murat et Patissier, *Dictionnaire des sciences médicales*. Paris, 1820, t. XLI, p. 63, art. PESSAIRE.

(3) Oslander, *Compendium der Geburtskunde*.

(4) G. Bauhin, *Appendix ad Fr. Rousseti librum de partu Cæsareo*.

donné de nos jours, le premier est remplacé par les pessaires en bilboquet ou à tige.

« Les pessaires ronds et ovales ont la forme que leur nom indique; ils présentent une dépression et une ouverture à leur centre, et sont aplatis sur leurs faces.

[Les pessaires ovales ont été mentionnés et figurés (fig. 174 et 175) pour la première fois par Ambroise Paré (1).]

« Les pessaires à *cuvette* ne diffèrent des précédents qu'en ce qu'une de leurs faces présente à sa partie moyenne une dépression assez profonde, de sorte que cette face est légèrement concave, tandis que l'autre est convexe. La face concave est destinée à embrasser le col de la matrice.

« Le pessaire ovale de Levret (2), qui est un des meilleurs, a l'inconvénient d'être trop large dans sa partie moyenne qui appuie sur le rectum et le col de la vessie, tandis qu'à ses deux extrémités il est trop étroit. Ces considérations ont déterminé M. Bruninghausen à en faire construire un qui a la forme d'un *huit de chiffre*, qui est de bois de tilleul et recouvert d'un vernis solide de succin; sa longueur doit être telle qu'il prenne ses points d'appui principaux sur les deux côtés du petit bassin, c'est-à-dire environ de 3 pouces $\frac{1}{4}$; sa face supérieure est concave et pourvue d'une ouverture moyenne; il est étroit dans son centre de devant en arrière, ses deux extrémités étant plus larges que dans les pessaires ovales,

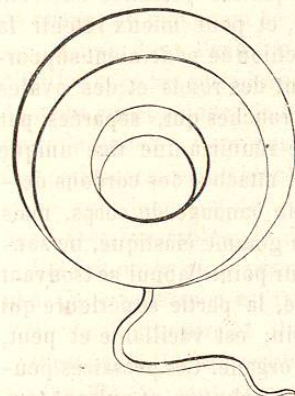


Fig. 174. — Corps du pessaire ovale.

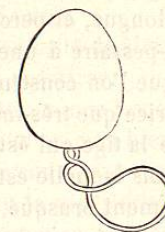


Fig. 175. — Lien du pessaire qui doit être attaché à la cuisse.

sont soutenues en plusieurs points, ce qui fait qu'elles sont moins exposées à se déranger. Ce nouveau pessaire nous paraît offrir des avantages réels: il doit être beaucoup moins exposé à changer de position, en conséquence des changements que la vessie et le rectum éprouvent dans leur volume à diverses époques de la journée; la gêne, qui accompagne toujours l'application d'un pessaire, doit être moindre que lorsque les points d'appui

(1) A. Paré, *Œuvres complètes*, édition Malgaigne. Paris, 1840, t. II, p. 742.

(2) Levret, *Remarques sur l'usage des pessaires* (*Journal de méd. chir.* de A. Roux. Paris, t. XXXIV, p. 578 et suiv.). — *Remarques sur les déplacements de la matrice* (*Journal de méd. chir.* de A. Roux. Paris, 1773, t. XL).